

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 81

DE LA

RÉTENTION DU PLACENTA

APRÈS L'AVORTEMENT

INDICATIONS — TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

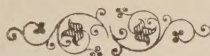
Le 31 juillet 1896

PAR

Casimir de COSTE

Né à Lavar (Tarn)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOUX, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1896

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET *, DOYEN.

CARRIEU, ASSESSEUR.

Professeurs.

<i>Hygiène.</i>	MM. BERTIN-SANS.
<i>Clinique médicale.</i>	GRASSET (*).
<i>Clinique chirurgicale.</i>	TEDENAT.
<i>Clinique obst. et gynécol.</i>	GRYNFELTT.
<i>Thérap. et Matière médicale.</i>	HAMELIN *.
<i>Clinique médicale.</i>	CARRIEU.
<i>Clinique des mal. ment. et nerv.</i>	MAIRET *.
<i>Physique médicale.</i>	IMBERT.
<i>Botan. et Hist. Nat. méd.</i>	GRANEL.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	FORGUE.
<i>Clinique ophtalmologique.</i>	TRUC.
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	VILLE.
<i>Physiologie.</i>	HEDON
<i>Histologie.</i>	VIALLETON
<i>Pathologie interne</i>	DUCAMP.
<i>Anatomie.</i>	GILIS.
<i>Opérations et appareils.</i>	ESTOR.
<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	N...
<i>Id. SARDA (Chargé du cours).</i>	N...
<i>Anatomie pathologique</i>	N...
<i>Id. Bosc (Chargé du cours).</i>	N...
<i>Microbiologie.</i>	N...
PROF. HONOR.:	MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O. *)

Chargés de Cours complémentaires:

<i>Clinique annexe des maladies des enfants..</i>	MM. BAUMEL, agrégé.
<i>Accouchements.....</i>	PUECH, agrégé.
<i>Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.</i>	BROUSSE, agrégé.
<i>Clinique annexe des maladies des vieillards.</i>	ESPAGNE, agrégé libre
<i>Pathologie externe.....</i>	N...

Agrégés en Exercice.

MESSIEURS:	MESSIEURS:	MESSIEURS
BAUMEL	LAPEYRE.	VALLOIS.
BROUSSE.	MOITESSIER.	MOURET.
SARDA.	BOSC.	DELEZENNE.
LECERCLE.	DE ROUVILLE.	GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. GRYNFELTT, président.
ESTOR, professeur.
PUECH, agrégé, ch. de c.
VALLOIS, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555604_0099

A la mémoire de mon Père

A MA MÈRE, A MA SŒUR

CASIMIR DE COSTE.

A MA CHÈRE FEMME

A MA FILLE CHÉRIE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

CASIMIR DE COSTE.

A MON ONCLE, A MA TANTE

CASIMIR DE COSTE.

A mon Président de Thèse

Monsieur le docteur GRYNFELTT

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique

CASIMIR DE COSTE.

INTRODUCTION

En consacrant notre thèse inaugurale à l'étude de la rétention placentaire après l'avortement, nous n'avons pas eu la prétention de traiter ce sujet d'une façon complète. Le nombre considérable et la valeur des travaux dont il a été l'objet ne nous permettaient pas de faire un travail original, et, d'autre part, il nous était bien difficile, vu le peu de temps dont nous disposions, d'écrire une revue générale complète et de faire œuvre d'érudition. Nous avons donc cru bien faire en limitant le cadre de ce travail. L'étiologie, le mécanisme et la symptomatologie de la rétention placentaire, à propos desquels tout le monde est d'accord, sont en effet étudiés avec détails dans les traités d'accouchement; nous n'emprunterons à ces divers chapitres que les notions qui nous seront indispensables pour établir les indications et le traitement de choix dans les divers cas.

Les indications et le traitement de la rétention placentaire constituent en effet le point vraiment intéressant et pratique dans l'histoire de l'avortement. Sur ce terrain, non pas seulement depuis l'introduction dans l'arsenal gynécologique de la curette de Récamier, mais depuis Mauriceau lui-même, les accoucheurs se sont livrés et se livrent encore de rudes combats. La discussion n'est pas encore close, les opinions les plus diverses se trouvent en présence, et notre contribution à ce débat, si modeste soit-elle, se trouverait suffisamment

L'avènement des doctrines antiseptiques et de l'asepsie, en étendant à des limites jusqu'alors inconnues le domaine de l'action chirurgicale, devait enfin, après plusieurs siècles de luttes, consacrer définitivement l'introduction du curettage dans la thérapeutique obstétricale. Pour des chirurgiens habitués à jouer avec les grandes opérations abdominales, à faire de la laparotomie un simple moyen de diagnostic, le curettage devait être considéré comme une intervention courante, une opération de petite chirurgie, si l'on peut dire. En effet, il a été rapidement adopté par la grande majorité des accoucheurs allemands, américains et anglais. « En Suisse, dit Wizard, il n'est aucun médecin qui n'en fasse un usage courant. »

Les Français ont été plus longtemps rebelles. Jacquemier et Guéniot ont été des partisans convaincus d'une intervention active; Jacquemier a même poussé l'intervention jusqu'à vouloir rompre les membranes dans certains cas où le travail abortif est languissant et à conseiller la dilatation mécanique du col. Mais c'est surtout Doléris qui a pris en mains la cause du curettage puerpéral. Chirurgien novateur et entreprenant, polémiste habile et fécond, il a défendu cette cause avec enthousiasme et conviction depuis l'année 1887, date de son premier mémoire et de l'importante discussion qui eut lieu à la Société obstétricale et gynécologique de Paris au sujet de cette communication. « On ne nous trouvera pas trop exigeant, dit-il dans son mémoire de 1892, si nous faisons observer que la méthode mérite plus qu'une tolérance et qu'elle doit être embrassée franchement dans son principe et dans son application..... On a commencé par traiter la curette impitoyablement; puis quand il n'y a plus eu possibilité de rester seuls en arrière du mouvement scientifique entraîné à la suite de l'idée nouvelle, on a accepté le curettage; reste à savoir si, dans quelques conversions, il n'y a pas eu un peu

» du sentiment de l'empereur Néron embrassant son rival, mais
 » pour l'étouffer. Pratiquer le curettage, c'est bien, mais le
 » pratiquer dans les cas désespérés, les cas mauvais en somme,
 » et seulement dans ceux-là, ce n'est peut-être pas le vrai moyen
 » de permettre au public de juger en sincère connaissance de
 » cause. »

Curettage systématique et précoce, telle est en somme la méthode de Doléris, méthode combattue avec ardeur par les représentants officiels de l'enseignement obstétrical, Pajot et Tarnier en tête, mais qui n'en a pas moins laissé des traces profondes dans la génération médicale actuelle.

A la formule absolue de Doléris, le professeur Tarnier oppose la suivante : « Voici le principe à admettre : pas de septicémie : pas de curette ; s'il y a de la septicémie, commencez par faire des injections intra-utérines et, si elles ne suffisent pas, ayez recours à la curette. »

Entre ces deux termes extrêmes, ne pourrait-il y avoir place pour une opinion éclectique intermédiaire ? La thérapeutique est avant tout la science des indications ; opposer d'une façon systématique un traitement à un autre sans tenir compte du malade nous paraît une méthode peu clinique.

Il résulte pour nous de l'enseignement de M. le Professeur Grynfeldt et de l'observation de quelques faits rapportés dans ce travail cette conviction que la répartition des accoucheurs en deux camps aussi nettement opposés est une grande erreur, que les deux méthodes, depuis si longtemps en présence, devraient en réalité se fondre en une seule, méthode éclectique susceptible alors de pourvoir à toutes les indications. En d'autres termes, il est des cas où le curettage est inutile ; dans ces cas, l'expectation antiseptique suffit à écarter les dangers immédiats ou lointains de la rétention placentaire, de plus elle évite à la femme les risques d'une opération si bénigne soit-elle. Mais il nous semble, en revanche, que la part faite

au curettage par les partisans de l'expectation est bien mesquine et qu'il y a lieu de l'étendre.

C'est inspiré par ces idées, que nous avons abordé notre sujet. En raison du point de vue spécial auquel nous nous sommes placé, nous avons adopté la division suivante :

I. — Evolution clinique de la rétention placentaire après l'avortement. — Il était nécessaire, pour bien établir les indications, de commencer par ce chapitre. L'histoire de la rétention du placenta s'est d'ailleurs enrichie, dans ces dernières années, de faits nouveaux extrêmement importants au point de vue clinique; il était nécessaire de les faire intervenir dans la discussion de la méthode de traitement à employer.

II. — Indications. Traitement.

III. — Résultats. Observations.

IV. — Résumé. Conclusions.

Nous sommes heureux, avant d'aborder cette étude, d'adresser tous nos remerciements aux maîtres dévoués qui ont contribué à compléter nos études médicales. Nous offrons à M. le professeur Chalot (de Toulouse), dans le service duquel nous avons fait un long stage, l'hommage de toute notre reconnaissance pour les soins qu'il n'a cessé de nous donner.

Les maîtres de Montpellier ont aussi droit à nos sincères remerciements. Que MM. Carrieu, Gilis, et tous ceux dont nous avons suivi les savantes leçons, les acceptent de leur élève reconnaissant.

Nous prions M. le professeur agrégé Puech, qui nous a inspiré ce travail et nous a si obligeamment communiqué ses

observations en même temps qu'il nous a aidé de ses bons conseils, d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Qu'il nous soit enfin permis de remercier M. le professeur Grynfeldt de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

faibles. Telles sont les conditions qui rendent possible une délivrance d'emblée complète.

Ces conditions manquent dans l'avortement. Quand l'œuf est expulsé avant la fin du 6^e mois, le travail de dégénérescence dont nous venons de parler n'a pas eu le temps de se produire ou du moins de se compléter : caduque et placenta se trouvent fixés à l'utérus par des adhérences solides. Leur expulsion ne peut donc se faire complètement d'un seul coup, et si, dans les cas les plus favorables, la plus grande partie du délivre se détache, il reste toujours dans l'utérus, adhérents à la paroi, des fragments quelquefois considérables. Dans certains cas, bien étudiés par le docteur Garimond sous le nom *d'exfoliation insensible du placenta*, ce dernier peut être entraîné par fragments imperceptibles qui passent inaperçus et la délivrance dure alors un temps très long.

A quel moment peut-on être sûr que la délivrance est enfin complète, que l'utérus ne contient plus de fragment étranger, point de départ possible des accidents si fréquents à la suite des fausses couches ? Il est difficile de le savoir dans nombre de cas, et cette incertitude constitue précisément le fait clinique dominant dans l'histoire de l'avortement.

A côté de cette rétention partielle est la rétention totale. Il est démontré depuis longtemps par l'observation clinique que cette rétention totale se produit presque toujours aux 3^e et 4^e mois. L'étude des conditions anatomiques de l'œuf aux divers âges de la grossesse explique très bien cette particularité; nous nous contenterons de la signaler, ses causes étant étudiées partout avec détails.

Il y a rétention toutes les fois que le placenta ou les membranes demeurent dans la cavité utérine pendant un certain temps après l'expulsion du fœtus. Certains auteurs ont éprouvé le besoin de fixer une limite précise au delà de laquelle la non-expulsion du délivre devient, à proprement parler, une réten-

tion. M. Guéniot assigne à la rétention du placenta des limites différentes suivant l'époque de la grossesse à laquelle se produit l'avortement. Pour lui, il y a rétention du placenta si, à la suite de l'avortement des deux premiers mois, la délivrance n'est pas effectuée au bout de 2 jours ; la rétention commencerait après 24 heures dans l'avortement des 3^e et 4^e mois, après 12 heures dans l'avortement du 5^e mois, après 6 heures dans celui du 6^e mois.

M. le professeur Tarnier a cherché, lui aussi, à résoudre cette question. Il a relevé, dans ce but, un grand nombre d'observations d'avortements aux 3^e et 4^e mois et trouvé que dans les quatre cinquièmes des cas l'expulsion du placenta se produit dans les six premières heures qui suivent la sortie du fœtus. Il en conclut que la rétention du placenta commence environ six heures après l'expulsion du fœtus.

En réalité, ces chiffres sont quelque peu arbitraires. D'ailleurs, la fixation d'une limite aussi précise importait surtout aux partisans de l'intervention précoce ; beaucoup d'auteurs la considèrent comme d'importance très secondaire, elle n'est pas, en effet, indispensable, puisque la rétention ne tire toute sa gravité que des accidents qui l'accompagnent et que ces accidents surviennent à des époques très variables.

La rétention du placenta expose à deux graves dangers immédiats : l'hémorragie et la septicémie.

L'hémorragie est la règle dans tout avortement ; l'hémorragie abondante et persistante accompagne fréquemment la rétention placentaire. Le sang sort des vaisseaux utérins ouverts au moment où le placenta se décolle, et d'autant plus abondamment que l'avortement est plus récent. Les hémorragies se renouvellent à des intervalles variables, parfois continus, avec recrudescences correspondant au décollement d'une nouvelle portion du délivre. Ces hémorragies sont dangereuses par leur abondance et surtout par leur répétition, l'état d'ané-

mie et de déchéance qu'elles entraînent, déjà grave par lui-même, fait de l'organisme un terrain favorable pour l'infection et prédispose à la septicémie.

Celle-ci trouve, dans la rétention placentaire, les conditions les plus favorables à sa production. Le placenta, décollé en totalité ou en partie, ne peut tarder à subir la décomposition des tissus organiques privés de vie. Venus du vagin, où ils séjournent à l'état normal, ou de l'extérieur, les microbes saprophytes et pathogènes envahissent la cavité utérine, et l'infection se produit, locale ou générale, de gravité variable, suivant l'état du terrain et le traitement employé.

Les symptômes qui signalent la putréfaction du placenta et l'infection de l'organisme n'apparaissent pas avant le 3^e jour; ils peuvent être même bien plus tardifs et consistent en élévation de la température et frissons, accélération du pouls, odeur d'abord fade et désagréable des lochies, qui ne tarde pas à devenir âcre et fétide. Dans les cas graves, l'hyperthermie augmente, les frissons se répètent, le pouls augmente de fréquence, il survient de la diarrhée, des sueurs, du délire, qui aboutissent à un dénouement fatal.

La gravité du pronostic a été diversement appréciée par les auteurs. Les interventionnistes, dans le but de mieux justifier leur méthode, l'ont peut-être un peu trop assombri. Le professeur Pajot, tandis qu'il considérait comme à peu près morte une femme accouchée qui garde un placenta à terme dans la matrice, insistait au contraire sur la nécessité de l'abstention après l'avortement : « La proposition que je formulais à propos de la délivrance après l'accouchement, dit-il, doit être renversée; si vous avez le malheur d'intervenir après l'avortement, un grand nombre de femmes mourront. » M. le professeur Tarnier exprime son opinion : « Les femmes chez lesquelles le placenta est retenu dans l'utérus après l'avortement sont donc exposées à l'hémorragie et à l'infection; mais

n'allez pas croire que le pronostic soit aussi sombre qu'il paraît l'être au premier abord. Dans ces derniers temps, on a exagéré, comme à plaisir, les risques que courent ces femmes, et, si l'on en croyait certains travaux récents, elles seraient en grand danger de mort. Fort heureusement, il n'en est rien Je suis autorisé à dire qu'il ne faut pas exagérer la gravité de la rétention du placenta à la suite de l'avortement, et les femmes qui en sont atteintes guérissent presque toujours.» Il justifie son opinion en faisant remarquer que le col étant moins dilaté pendant l'avortement, le passage des microbes dans l'utérus a moins de chances de se produire et, d'autre part, le placenta abortif ayant des connexions plus solides avec la muqueuse s'en sépare moins rapidement et quelquefois même reste adhérent pendant plusieurs jours ou plusieurs mois.

Que le pronostic immédiat de la rétention soit plus favorable après l'avortement qu'après l'accouchement à terme, on ne peut le nier. Mais si une expectation intelligente, aidée de la méthode antiseptique, suffit souvent à prévenir tout accident, il n'en est pas moins vrai que, dans des cas nombreux, la femme court de graves dangers du fait de l'hémorragie ou de l'infection.

A côté de ces accidents immédiats, on peut observer des accidents tardifs à longue portée, sur lesquels nous voulons maintenant attirer l'attention. Dans la discussion des indications et le choix de la méthode de traitement, on a souvent le tort de ne faire entrer en ligne de compte que les grosses complications du début. Telle femme qui a avorté sans accident apparent, qui n'a eu ni hémorragie ni fièvre, devra, un ou plusieurs mois plus tard, se mettre entre les mains du chirurgien, qu'une délivrance à la curette aurait mis à l'abri de toute complication tardive. « La femme qui avorte, disait A. Dubois, n'accouche que d'un placenta. L'expulsion de

l'embryon n'est comptée pour rien : tant qu'elle n'est pas délivrée, elle n'est pas accouchée. » Nous avons déjà, d'autre part, fait remarquer combien, à l'inverse de ce qui a lieu dans l'accouchement à terme, la délivrance est lente, traînante après l'avortement.

Il n'y a pas expulsion du délivre en bloc, mais élimination progressive par fragments, exfoliation qui peut durer des mois. Cette élimination est souvent incomplète, même après une longue période ; des débris de placenta ou de membranes persistent dans la cavité utérine et, après y avoir longtemps séjourné sans révéler leur présence, deviennent tout à coup le point de départ d'accidents graves. « Il y a, dit M^{me} Anna Klasson, toute une série de productions pathologiques qui peuvent se former dans l'utérus dans des conditions spéciales et donner lieu à tous les symptômes des polypes, sans cependant être de vraies tumeurs dans le sens que comporte la définition de ce mot... Ces polypes obstétricaux sont ordinairement traités dans les livres d'obstétrique sous le chapitre : Hémorragies dans les suites. Mais ce qui leur donne un intérêt particulier, c'est qu'ils peuvent rester pendant un certain temps à l'état latent pour ainsi dire et ne donner l'éveil que longtemps après l'accouchement ou l'avortement. C'est surtout ce qui a lieu fréquemment après l'avortement. »

Le rôle des avortements dans l'étiologie des métrites est depuis longtemps connu. La persistance dans l'intérieur de l'utérus de fragments de caduque ou de placenta entravent la régression de l'organe en entretenant dans ses parois un état congestif ; suivant la remarque de Küstner, ces fragments déterminent autour d'eux la prolifération des éléments de la muqueuse et aboutissent, en fin de compte, aux lésions de la métrite parenchymateuse.

Dans une intéressante revue, MM. Hartmann et Toupet ont

récemment étudié ces conséquences tardives de la rétention partielle ou totale du placenta.

Sous le nom d'*endométrite déciduale*, ils décrivent ces endométrites post-partum consécutives à une délivrance incomplète. Cette endométrite post-partum est essentiellement caractérisée par des hémorragies et guérit par le curettage; c'est même là le triomphe de ce dernier, dont les résultats sont aléatoires dans les métrites catarrhales.

D'autres fois, quand un fragment plus important du placenta se trouve retenu, adhérent à la paroi et vivant, il évolue vers la sclérose. Ces faits ont été décrits et étudiés histologiquement par Chaput et Hartmann, sous le nom de *placenta scléreux*: la structure de ces débris a été complètement modifiée, ce n'est plus du placenta normal que l'on trouve, c'est du placenta sclérosé constituant une masse de volume variable assez dure, adhérente à l'utérus.

On décrit actuellement, sous le nom de *déciduome bénin*, des productions ayant pour point de départ des débris de caduque ou de placenta retenus et déjà connus sous le nom de faux polypes. Elles avaient déjà été étudiées sous ce nom par M^{me} Anna Klasson et Lejars. Le premier de ces deux auteurs admettait même que des polypes fibrineux peuvent se former aux dépens de caillots retenus et ultérieurement organisés.

Le plus souvent constituées par de petites masses saillantes dans la cavité utérine, ces végétations placentaires sont quelquefois longuement pédiculées et descendent jusqu'à l'orifice interne du col, rarement à son orifice externe, tout à fait exceptionnellement jusque dans le vagin. Elles donnent lieu, suivant les cas, au syndrome de l'endométrite hémorragique ou du polype vrai. La caractéristique anatomique et clinique de ces productions, parfaitement exprimée par cette dénomination de *déciduome bénin*, est dans ce fait qu'il s'agit d'un tissu en voie d'évolution, d'une tumeur, mais d'une

tumeur qui n'infiltré pas la paroi utérine et qui ne récidive pas.

Ainsi donc les villosités choriales restées adhérentes à la paroi utérine ont, dans certains cas, une tendance non douteuse à végéter, à devenir le siège de proliférations cellulaires. Dans les cas ci-dessus (déciduome bénin) l'évolution est lente, les éléments cellulaires atteignant leur complet développement.

Dans une autre catégorie de cas, la végétation cellulaire est franche et rapide, les villosités poussent des prolongements latéraux recouverts de cellules mal segmentées, pourvues de nombreux noyaux. Suivant que l'espace intermédiaire compris entre le vaisseau central et le revêtement de la villosité est occupé par du tissu muqueux qui deviendra liquide à la dernière phase de l'évolution ou par du tissu embryonnaire sarcomateux, on se trouve en présence soit de la *môle hydatiforme*, soit de cette variété de tumeur récemment étudiée sous le nom de *déciduome malin* ou *sarcome chorio-décidual*.

Depuis les travaux de Virchow et Robin, de Duchamp, Migliaresi, Kehrer, la môle hydatiforme est bien connue dans son évolution et son anatomie macroscopique. Le fait dominant dans son histoire et capital au point de vue du pronostic, c'est sa tendance à infiltrer la paroi utérine et le danger des perforations de l'organe. Volkmann, Waldeyer et Krieger ont publié des exemples de *môle perforante*.

Le sarcome chorio-cellulaire ou déciduome malin avait d'abord été étudié sous le nom de « polype placentaire destructif » par Meyer, Zahn, Kalden, Klotz. A Sanger revient le mérite d'avoir reconnu la nature spéciale de ces tumeurs et d'en avoir fait une classe à part à côté des tumeurs malignes ordinaires de l'utérus et des tumeurs déciduales bénignes avec lesquelles elles étaient confondues jusqu'alors. Puis les faits de Pfeifer, Chiari, Müller, Gothschalk ont permis d'établir l'histoire clinique de cette production pathologique. En

France, le travail le plus important sur la question est celui de MM. Nové Josserand et Lacroix. « Quelque temps après » un avortement ou un accouchement à terme, disent ces » deux derniers auteurs, il se développe une tumeur du corps » de l'utérus avec son cortège ordinaire de symptômes ; on » pense à une délivrance incomplète, à une métrite post-par- » tum, mais la maladie s'aggrave et la mort survient au bout » d'un laps de temps qui varie de 6 à 8 mois, le plus souvent » avec généralisation dans divers organes et particulièrement » dans les poumons. Au point de vue clinique, le déciduome » malin est donc une tumeur très maligne puisqu'il fait des » métastases et tue rapidement. » La question du déciduome, terme adopté par les auteurs français, a été enfin mise au point dans le mémoire récent de Schwab.

Tels sont rapidement résumés les accidents tardifs de la rétention placentaire. Les uns très fréquents comme l'endométrite déciduale, les autres heureusement plus rares comme les déciduomes malins, tous présentent ce caractère de se rencontrer chez des malades ayant avorté ou accouché un temps plus ou moins long auparavant ; toujours on retrouve à l'examen histologique des villosités choriales qui indiquent la nature de la lésion.

En présence de ces faits, n'est-il pas naturel de se demander s'il n'y aurait pas lieu d'admettre la légitimité du curetage post-abortif, même en l'absence d'accidents immédiats quand il y a rétention confirmée totale ou partielle ? Enlever d'emblée avec un instrument tout le délivre paraît être en effet le meilleur moyen de réaliser, après l'avortement, les conditions de la délivrance physiologique à terme. Nous aurons à nous demander, au chapitre suivant, dans quels cas la méthode expectante est susceptible de donner les mêmes résultats.

II. — INDICATIONS

En présence d'un cas de rétention placentaire, l'accoucheur encore sans expérience personnelle et qui n'a pu se faire une opinion basée sur des faits, ne peut manquer d'être anxieux et hésitant. Le souvenir du débat toujours pendant, dont nous avons au début de ce travail rapidement résumé l'évolution historique, lui revient à la mémoire et il se demande à quelle opinion il va se rattacher. Mieux vaut, au lit du malade, oublier toute discussion théorique et faire appel, pour le choix du traitement, aux seules indications tirées des cas particuliers. C'est ainsi que nous avons vu à la clinique de Montpellier M. le professeur Grynfeldt tantôt pratiquer l'expectation antiseptique, tantôt recourir au curettage, résolument, sans hésitation, avec un égal succès dans les deux cas.

Est-il nécessaire de définir la méthode expectante ? « Je n'entends pas parler, dit M. Tarnier, d'une expectation pure » et simple, platonique en quelque sorte, qui consiste à ne rien » faire et à attendre l'éclosion des accidents pour les combattre ; » j'entends parler, au contraire, d'une expectation vigilante, » active, ayant pour but de prévenir les complications et d'y » parer dès qu'elles se produisent. »

L'étude du manuel opératoire de la délivrance artificielle et la description des instruments qui servent pour cette intervention n'entrent pas dans le plan de ce travail. Qu'il nous suffise de rappeler que l'évacuation de l'utérus peut être effectuée soit avec le doigt, curettage digital, soit avec la curette métallique. Celle-ci peut être mousse, et alors, simple

prolongement du doigt (professeur Grynfeldt), elle est destinée à entraîner les débris de placenta et de caduque saillants à la surface de la muqueuse sans entamer cette dernière. La curette tranchante, qui répond à d'autres indications, peut servir à abraser profondément la muqueuse, si celle-ci doit être supprimée. Quant à l'écouvillon de Doléris, nous ne l'avons jamais vu employer à la clinique.

Nous allons maintenant étudier les indications et la méthode de traitement à employer dans les deux cas suivants :

Rétention du placenta abortif compliquée d'hémorragie ou de septicémie.

Rétention du placenta abortif non compliquée d'accidents.

I. Rétention du placenta abortif compliquée d'hémorragie ou de septicémie. — Si l'accord n'est pas encore fait complètement en ce qui concerne la conduite à tenir quand se montre une de ces deux complications, il faut reconnaître que depuis l'année 1886, date de l'apparition ou plutôt de la réapparition en France du curage, la question a très sensiblement évolué dans le sens de l'intervention active.

Tout d'abord on peut dire que l'ergot de seigle est à peu près universellement banni de la thérapeutique de l'avortement, et c'est vraiment heureux, car cet agent en déterminant la tétanisation et la rétraction de l'utérus entraînait presque toujours l'emprisonnement du placenta sans faire cesser d'ailleurs les autres accidents. Dans une de nos observations (VIII), où de l'ergot fut administré, se trouve notée la rétraction du col et la réascension du placenta qui paraissait avoir tendance à s'engager et à franchir le col.

Le tamponnement vaginal, encore vanté par M. le professeur Tarnier, n'est guère admis que comme méthode d'urgence, applicable dans les cas où il n'est pas possible de faire

autre chose. Quant au tamponnement à la gaze iodoformée, conseillé par Dührssen dans les cas où l'extraction du placenta avec le doigt est reconnue impossible, personne ne l'accepte parmi les accoucheurs français.

Les injections antiseptiques chaudes, moyen quelquefois héroïque et toujours inoffensif, d'une part, et d'autre part l'évacuation de l'utérus par le curage sont des moyens suffisants pour parer à tous les cas.

Hémorragie. — Le traitement le plus simple, le plus facile à réaliser partout, c'est l'injection chaude, antiseptique bien entendu. L'hémorragie peut être d'abondance variable, continue ou intermittente. Le plus souvent, on se trouve en présence d'une femme qui perd déjà depuis un certain temps. Il faut faire une toilette générale rigoureuse, vider le vagin des caillots qui le distendent et diriger ensuite vers le col un jet d'eau chaude à 45°-50°. Il pourrait y avoir avantage dans certains cas à joindre à l'action de la chaleur l'action percutante de la douche sur le col, et alors on se servira du spéculum et d'une canule à un seul trou.

L'eau chaude arrête l'hémorragie en réveillant la contractilité utérine ; elle peut, en outre, amener le décollement complet du placenta, si celui-ci est encore adhérent sur une certaine étendue, ou son expulsion, si le décollement est complet. Elle remplit ainsi plusieurs indications : hémostase surtout, secondairement évacuation utérine.

Malheureusement, l'action de l'eau chaude est essentiellement transitoire ; elle ne supprime pas la cause de l'hémorragie et l'hémostase ne se maintient pas après l'injection. Celle-ci ne peut donc suffire seule que dans les cas peu graves. Quand l'hémorragie est abondante et persistante, on ne saurait s'astreindre à continuer l'irrigation pendant un temps indéfini, d'autant plus que, même au contact de l'eau chaude, l'utérus

continue souvent à saigner un peu, et que, si l'on a paré au danger immédiat, la femme se trouve toujours sous le coup d'une perte peu abondante, mais persistante. L'injection vaginale chaude ne peut donc, dans les cas graves, constituer qu'un moyen d'urgence, un moyen d'attente.

Sans avoir les avantages de l'eau chaude, le tampon vaginal de Leroux, devenu aujourd'hui le tampon antiseptique, présente des inconvénients graves qui l'ont fait abandonner par beaucoup d'accoucheurs. Il ne s'adresse pas à la cause de l'hémorragie, il ne constitue pas une barrière infranchissable, le sang pouvant s'écouler en arrière du tampon et s'infiltrer à travers ; enfin, même exécuté avec beaucoup de soins, il ne tarde pas à devenir septique, à plus forte raison lorsqu'il a été fait à la hâte et sans précautions suffisantes, ce qui est, d'ailleurs, le cas le plus fréquent. Pour toutes ces raisons, le tampon doit être banni de la thérapeutique de l'avortement, du moins en tant que méthode de choix.

Il peut, en effet, rendre des services dans des cas déterminés, les cas d'urgence. Dans certaines circonstances, on se trouve bien embarrassé pour faire des injections chaudes, à plus forte raison le serait-on pour procéder à une intervention. C'est alors que le tamponnement sera utile, pour donner le temps de transporter la malade à l'hôpital ou de faire les préparatifs d'une intervention curative. Mais il ne faut reconnaître au tampon d'autre indication que cette indication d'ordre tout à fait secondaire : une fois son but rempli, on l'enlèvera. Dans une de nos observations (obs. VII) le tamponnement fut pratiqué immédiatement avant le transport de la femme à la clinique. Peu après son arrivée elle fut détamponnée et une toilette vaginale antiseptique rigoureuse fut faite. C'est ainsi qu'il faudra toujours se comporter : enlever le plus vite possible le tampon qui, pratiqué d'urgence, sera le plus souvent douteux au point de vue de l'antiseptie, faire une toilette vagi-

nale sévère et se tenir prêt à pourvoir aux indications nouvelles qui pourront se présenter.

L'insuffisance des injections vaginales et du tampon étant constatée, il ne reste plus que le curettage, et il s'agit maintenant de savoir à quel moment et de quelle façon il faudra l'employer.

L'hémorragie présente une physionomie très variable. Tantôt très abondante d'emblée, mais cessant brusquement, elle est le plus souvent légère mais continue, se reproduisant à des intervalles rapprochés. Cette dernière forme est grave en ce que la malade et son entourage, n'étant pas frappés par l'abondance de perte, risquent de s'endormir dans une fausse sécurité. Ces pertes, peu abondantes mais répétées, anéantissent rapidement la femme, et il vient un moment où, suivant l'expression de M. le Professeur Pinard «elle n'a plus le droit de perdre la plus petite quantité de sang», de plus, il est incontestable que la présence constante de sang et de caillots dans le vagin favorise l'éclosion de la septicémie.

Mais il ne s'agit pour le moment que du danger couru du fait de l'hémorragie. Pour bien apprécier ce danger, c'est à l'examen du pouls qu'il faut recourir.

Ainsi donc, persistance de l'hémorragie, accélération et affaiblissement progressifs du pouls, tels sont les points de repère qui permettront de déterminer l'instant précis de l'intervention, ce moment pouvant, d'ailleurs, varier avec chaque cas particulier.

L'évacuation artificielle de l'utérus étant décidée, comment la pratiquer et à l'aide de quel instrument ? Pour décider cette question, il suffit d'étudier l'état anatomique des parties dans les cas que nous considérons : le placenta est en partie décollé, en partie encore adhérent, l'hémorragie est entretenue par les petits décollements partiels successifs du délivre et par l'état de congestion de l'utérus due à la présence, dans sa

cavité, d'un corps étranger. L'absence de fièvre et d'odeur indique qu'il n'y a pas encore d'infection. Par conséquent, compléter le décollement du délivre et l'entraîner ensuite au dehors, voilà la seule indication. La muqueuse utérine saine pourra et devra même être conservée.

Le décollement du délivre et son extraction peuvent être réalisés avec les doigts. Dans bien des cas, le *curage digital* s'est montré suffisant (observation V). Il n'y a, d'ailleurs, aucun inconvénient à l'essayer; au cas d'échec on en est quitte pour recourir ensuite à un instrument.

Pour pratiquer le curage digital, il faut introduire dans la cavité utérine un ou deux doigts; il y a un grand avantage à en introduire deux, l'index et le médus, on a ainsi plus de prise sur la masse à enlever et plus de force. La manœuvre sera surtout facile si l'on a procédé à l'abaissement préalable de l'utérus à la vulve et à la dilatation artificielle extemporanée du col. L'abaissement de l'utérus, facile et sans danger, s'il n'y a pas d'inflammation dans la zone périutérine, présente l'inconvénient de nécessiter l'anesthésie. Les tractions nécessaires pour produire cet abaissement seront exercées au moyen de deux pinces tire-balles placées sur les deux lèvres antérieure et postérieure du col. Quand la dilatation est nécessaire, on l'obtient rapidement soit au moyen de pinces dilatatrices, soit au moyen des bougies d'Egar. Si, pour une raison quelconque, l'abaissement ne peut être effectué, on est obligé d'introduire la main tout entière dans le vagin et la manœuvre devient plus difficile. Quoi qu'il en soit, les doigts, s'insinuant entre la paroi utérine et la masse placentaire, agiront à la façon d'une cuillère, décollant le placenta sans le fragmenter. Une fois le décollement complet effectué, les doigts poussés le plus loin possible et recourbés en crochet entraînent tout le contenu de l'utérus.

Nous l'avons déjà dit, le curage digital échoue souvent,

soit que les doigts ne puissent pas arriver à compléter le décollement, soit que, le décollement une fois fait, ils ne fournissent pas une prise assez solide pour l'extraction. Dans ces cas-là il faut recourir à l'emploi d'un instrument. Emploiera-t-on la pince à faux germe de Levret, la curette articulée de Pajot, ou, comme le conseille encore le professeur Tarnier, une simple pince à pansement utérin? Il nous semble que la pince doit être un mauvais instrument dans ces cas, même quand le placenta est décollé complètement, elle expose, en le fragmentant, à une évacuation incomplète. A la clinique nous n'avons jamais vu employer dans ce but d'autre instrument que la curette; c'est donc à celle-ci que, sans hésiter, nous donnons la préférence. Ajoutons que, dans le cas particulier, et pour les raisons exposées plus haut, c'est à la curette mousse, simple prolongement du doigt (D^r Grynfeldt) qu'il faudra s'adresser. On peut même se demander si, en raison des insuccès fréquents du curage digital, il ne vaudrait pas mieux recourir d'emblée à la curette mousse. « J'ai conclu, dit Récamier, qu'après les accouchements, le gorgéret-curette était préférable à la main pour nettoyer tout doucement l'intérieur de l'utérus, des caillots ou des débris placentaires non expulsés ou qui seraient adhérents à la surface interne de l'utérus. »

En résumé, pour parer au danger immédiat de l'hémorragie et dans un cas d'urgence, on aura recours aux injections chaudes et au tampon vaginal antiseptique. Le procédé de choix sera l'évacuation artificielle et rapide par le curage digital ou, le plus souvent, à la curette mousse employée après échec des doigts ou d'emblée.

Septicémie. — Elle est caractérisée par un écoulement vaginal fétide avec ou sans élévation de la température, ou encore par de la fièvre et des frissons sans qu'il y ait fétidité (Tarnier).

Cette complication est grave ; grave dès le début elle le devient de plus en plus parce que l'empoisonnement septique fait des progrès incessants, et que l'infection d'abord locale deviendra bientôt générale.

Dans la rétention placentaire le point de départ de l'infection est évidemment la muqueuse utérine. Les microorganismes qui ont envahi le placenta en voie de putréfaction pénètrent bientôt cette dernière ; ils y pullulent avec une rapidité variable suivant les conditions plus ou moins favorables du terrain. Un moment vient où, dépassant les limites de la muqueuse et pénétrant soit dans les lymphatiques, soit dans les veines, ils se diffusent dans la zone péri-utérine ou même envahissent tout l'organisme. Inflammations péri-utérines ou péritonéales, infection purulente, infection putride, septicémie généralisée, telles sont les conséquences possibles d'une lésion qui, au début, était confinée dans l'endomètre, et, partant, facilement accessible et curable.

De ces quelques considérations générales ressort d'une façon formelle l'indication d'une intervention, mais d'une intervention précoce dès le début des accidents, avant la généralisation de l'infection. L'idéal même serait de prévenir ces accidents, de prévoir leur éclosion fatale et d'intervenir juste au moment où ils vont se produire. Il y a là un point de pratique très important, sur lequel nous aurons à revenir tout à l'heure et qui est un peu en dehors de la question posée dans cet article. Pour le moment, nous ne devons pas anticiper : le problème à résoudre est en effet le suivant : La septicémie est déclarée, que faut-il faire ?

Lors de la fameuse discussion de 1896 à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, il fut répondu à cette question de façons fort différentes. Le curettage puerpéral, pour la première fois proposé par Récamier, l'inventeur de la curette, venait d'être réintroduit en France par Doléris. Celui-

ci représentait la jeune chirurgie avec ses belles hardiesses ; chirurgien en même temps qu'accoucheur, il opposait aux vieilles traditions, essentiellement basées sur la méthode expectante, les nouvelles tendances de l'obstétrique à devenir chirurgicale et active. «Aujourd'hui, déclarait-il, nous sommes, je ne dis pas plus téméraires, mais plus hardis. Nous avons transporté la sécurité presque absolue dans les opérations chirurgicales et obstétricales, cela sans contestation possible ; autrefois, la logique était interdite en thérapeutique chirurgicale, car, pour parer à un mal dangereux, on était souvent obligé de recourir à un moyen que des conditions mystérieuses inconnues faisaient plus dangereux encore. Maintenant, avec cette assise solide et qui donne confiance, l'antisepsie, la chirurgie a été transformée.»

Doléris concluait donc nettement en faveur du curettage précoce. Pajot, Guéniot, Bailly, qui étaient à des degrés divers partisans de l'expectation, soutinrent une opinion opposée.

Dans une leçon clinique publiée en 1891 dans le *Journal des sages-femmes*, le professeur Tarnier reste encore fidèle à l'expectation : «S'il y a de la septicémie, dit-il, commencez par faire des injections intra-utérines, et si elles ne suffisent pas, ayez recours à la curette.»

Depuis lors, il faut le reconnaître, une évolution s'est produite en faveur de l'intervention dans le camp des partisans de l'expectation, et pour en juger, il suffit de comparer à la formule ci-dessus une citation du même auteur empruntée à son récent livre *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique* : «Cette infection (la septicémie), dit-il, exige rapidement une »intervention active, dont l'objectif est l'évacuation de l'utérus. »*Toutefois, on pourra commencer par faire des injections anti-septiques*, vaginales et intra-utérines qui entraîneront les »liquides putrides et les débris placentaires libres dans l'uté-

»rus. Quelquefois, ces injections répétées à courts intervalles
»suffiront à enrayer la putréfaction et, partant, la septicémie,
»mais *ce ne sera que tout à fait au début quand les microbes*
»*n'auront pas encore envahi la profondeur des cotylédons pla-*
»*centaires*. Ordinairement, en effet, l'amélioration produite
»par les injections est insignifiante ou du moins passagère,
»car le liquide antiseptique ne parvient pas à s'infiltrer à l'in-
»térieur de la masse placentaire, de sorte que la putréfaction
»continue malgré les irrigations microbicides.»

Ainsi donc, aux yeux du représentant le plus autorisé de la méthode traditionnelle et classique, les injections intra-utérines qu'il considérait, en 1891, comme formellement indiquées avec l'emploi de la curette dans la septicémie déclarée, sont devenues un moyen peu fidèle, et, pour ainsi dire, illusoire. On ne pourrait, d'ailleurs, en faire une critique plus complète et plus sévère que celle contenue dans les lignes précédentes. Pourquoi alors ne pas les rejeter franchement, pourquoi ne pas pratiquer d'emblée le curettage, puisque celui-ci est jugé seul capable d'évacuer complètement l'utérus et de supprimer complètement le foyer d'infection ?

Pour nous, nous condamnons formellement leur emploi quand la septicémie est déclarée. Leur impuissance, dans ce cas, est reconnue ; elles constituent, d'ailleurs, une intervention quelquefois peu commode qui fait nécessiter la dilatation artificielle préalable du col. Mieux vaut donc alors employer résolument et d'emblée le curettage.

Il y a alors, nous l'avons déjà dit et nous le répétons, une double indication formelle : 1° supprimer le foyer d'infection, placenta putréfié et muqueuse utérine infectée ; 2° le supprimer de bonne heure, avant que l'empoisonnement ne se soit généralisé et ne soit devenu irrémédiable. Le curettage est seul capable de réaliser la première de ces indications ; la pré-

cocité de l'intervention et l'emploi d'une curette tranchante sont les conditions nécessaires pour remplir la seconde.

Hémorragie et septicémie combinées. — Cette combinaison est fréquente. L'hémorragie, qui est toujours la première en date, prédispose à la septicémie de deux façons : tout d'abord en anémiant la femme, elle en fait un terrain favorable à la prise de possession par les germes ; de plus, la présence constante de sang et de caillots dans le vagin, la béance du col, constituent des conditions locales très favorables à la pénétration des microorganismes et à leur ascension dans la cavité utérine.

Ce que nous avons dit dans les deux articles précédents nous dispense de longs développements. Si l'hémorragie seule, si la fièvre constituent, chacune prise à part, une indication suffisante du curettage, à plus forte raison celui-ci devra-t-il être pratiqué quand les deux symptômes existent simultanément.

La conduite à tenir est donc ici la même que tout à l'heure : pas d'injections intra-utérines, mais curettage d'emblée et emploi de la curette tranchante.

II. *Rétention non compliquée d'accidents.* — On aurait tort de croire que la rétention du placenta s'accompagne fatalement de phénomènes pathologiques graves.

Suivant M. Tarnier, en effet, le placenta est, quatre fois sur cinq, expulsé en entier dans les six premières heures qui suivent, et dans l'autre cinquième des cas l'expulsion du délivre se fait presque toujours dans les vingt-quatre ou les quarante-huit premières heures. L'absence d'accidents constitue donc l'éventualité de beaucoup la plus fréquente et il est,

par suite, extrêmement important de déterminer quelle conduite l'accoucheur doit tenir en pareil cas.

Avant toute discussion, il est évident que si l'on arrive, tout à fait au début, entre ces deux règles : l'intervention immédiate et l'expectation armée, le choix ne sera pas douteux et que, dans la grande majorité des cas, c'est pour la seconde qu'il faudra opter.

Le plus souvent, en effet, l'avortement est un événement assez simple quoique long. Il suffit d'user de précautions de propreté pour que rien ne vienne compliquer sa marche naturelle.

Si la grossesse est peu avancée, dans les deux premiers mois, l'expulsion se fait en bloc en un seul temps, d'ordinaire lentement, parfois très vite. Il n'est pas rare de voir ainsi des femmes expulser leur produit de conception d'une façon inattendue et subite pendant leur travail, à la promenade, en voyage. L'expulsion est d'emblée complète, et le repos, des soins antiseptiques bien entendus, suffisent à assurer la régression de l'utérus et sa *restitutio in integrum*. Aux 5^e et 6^e mois, l'avortement ressemble de plus en plus à un accouchement à terme ; il se fait en deux temps et la rétention du placenta, très rare d'ailleurs, relève du même traitement que la rétention à terme.

Si la grossesse date de 3 ou 4 mois, le gâteau placentaire est déjà formé, l'expulsion se fait en deux temps, mais ces deux temps sont assez rapprochés et se suivent immédiatement ou à quelques heures d'intervalle. L'hémorragie dure autant que dure la déhiscence de l'œuf et son expulsion en est le corollaire ; elle est parfois aussi le phénomène initial et la vraie cause de l'avortement. Qu'elle soit cause, qu'elle soit conséquence, elle ne dépasse généralement pas certaines limites, et le fait important, c'est que la sortie du délivre suit d'assez près son décollement.

Telle est la marche habituelle de l'avortement. La question dominante et que nous devons seule retenir ici, au point de vue des indications, c'est la question de la durée et de la continuité des phénomènes. Quand l'ensemble des phénomènes symptomatiques, effacement et dilatation du col, progression de l'œuf entier, ou bien celle du placenta suivant celle du petit fœtus, achèvement de l'expulsion, quand cet ensemble, disons-nous, évolue d'une façon continue, sans interruption, il faut attendre. L'expulsion demanderait-elle, dans ces conditions, une demi-journée, une journée, quelquefois deux, comme l'accouchement ordinaire d'ailleurs, c'est la pratique française de l'*expectation armée* qu'il faut adopter.

Dans ce cas, il n'y a pas eu rétention à proprement parler, malgré que l'expulsion complète du délivre ne soit faite au delà des limites précises fixées par quelques auteurs. Ce qui importe surtout, c'est l'interruption, l'arrêt dans la succession des phénomènes. Il arrive, en effet, dans des circonstances, heureusement rares, que l'œuf met très longtemps à se décoller, ou que le placenta, même délivré de ses attaches à l'utérus, ne s'engage pas dans le col. Une fois que le liquide amniotique s'est écoulé et le fœtus sorti, on peut voir le col se refermer, emprisonnant l'œuf partiellement ou complètement décollé avec le sang et les caillots qui l'accompagnent. Que les contractions s'arrêtent, que le corps de l'utérus redevienne mou et flasque, et il y aura alors réellement rétention, celle-ci pouvant durer de plusieurs heures à plusieurs mois.

L'absence d'accidents n'est pas difficile à expliquer : ou bien le placenta est complètement décollé et l'hémostase s'est faite aisément, ou bien le placenta est encore partiellement adhérent et l'absence de contractions utérines explique la persistance de ces adhérences. Ainsi prémunie contre l'hémorragie, la femme le sera également contre l'infection si le milieu est aseptique, c'est-à-dire si l'utérus et le vagin ne

contiennent aucun germe pathogène. Mais si la septicémie peut être garantie, si l'asepsie peut être maintenue par des soins intelligents, l'hémorragie reste au contraire une menace permanente, toujours imminente.

Dans de telles conditions, la conduite à tenir ne nous paraît pas douteuse : c'est l'expectation armée. Tant qu'il n'y a pas d'accidents, il faut s'attacher à les prévenir, et comme la septicémie est le seul qu'on puisse empêcher, c'est par l'application rigoureuse de l'antiseptie qu'on y parviendra. On fera donc des toilettes vulvaires et des injections vaginales fréquentes, quatre à six par jour. Il est utile également, après chaque injection, d'appliquer un pansement vaginal et vulvaire à la gaze ou au coton iodoformé.

En agissant ainsi on peut éviter, presque à coup sûr, la décomposition du placenta retenu dans l'utérus. On peut attendre ainsi, sans trop de craintes, son expulsion spontanée qui, on le sait par les statistiques, se fait le plus souvent dans les 48 heures. Tarderait-elle même davantage, il n'y a pas lieu de trop se presser d'intervenir si la situation n'est pas compromise du fait de l'hémorragie, puisque les faits démontrent que l'asepsie du placenta et des voies génitales peut être longtemps conservée. Dans deux cas rapportés par M. le professeur Tarnier dans ses Leçons, le placenta resta 33 et 57 jours dans la cavité utérine sans provoquer de septicémie et sans subir de décomposition. Dans le premier de ces deux cas, on dut intervenir à cause de l'hémorragie ; mais, dit M. Tarnier, « si la malade n'avait pas été épuisée par des pertes de sang abondantes, j'aurais persévéré dans l'expectation antiseptique et je ne serais pas intervenu activement. »

Nous n'hésitons donc pas, dans l'hypothèse d'une rétention placentaire sans accidents, à nous ranger en principe parmi les partisans de l'expectation. Dans plusieurs des observations que nous rapportons au chapitre suivant (obs. I, II, III),

cette méthode a été appliquée et a donné de très bons résultats sans qu'on eût besoin de recourir à une intervention chirurgicale.

Mais il n'entre pas dans notre pensée, hâtons-nous de le dire, de prétendre que dans tous les cas de rétention prolongée sans accidents, l'expectation et l'expectation seule suffira. Ici nous sommes maintenant sur un terrain brûlant où les partisans de l'expectation, amenés de concession en concession à faire une part de plus en plus large au curettage dans les autres cas, se sont réfugiés comme dans une dernière retraite pour défendre le principe de leur doctrine. Quelle que soit la durée de la rétention, ils déclarent qu'il faut attendre, surveiller attentivement la femme et l'éclosion des accidents. Et même ceux-ci une fois déclarés, «on essayera de les combattre par des moyens simples, et on n'aura recours à l'intervention chirurgicale que si ces complications sont d'emblée menaçantes pour les jours de la femme, ou si le traitement primitivement institué est resté inefficace.» Tarnier.

C'est précisément cette dernière prétention qui nous paraît cliniquement très discutable. Faire de l'expectation pendant 1, 3, 4 jours, le placenta étant complètement expulsé au bout de ce laps de temps, très bien, dans ces limites il est très rationnel d'agir ainsi, et c'est la méthode que nous adoptons. Mais si la rétention se prolonge des semaines et des mois, qui ne voit que la situation devient de moins en moins sûre, la sécurité diminue en raison directe de la durée de la rétention. Que dire maintenant de ceux qui attendent la généralisation de l'infection, qui même, alors, commencent par employer les moyens simples, dont ils reconnaissent d'ailleurs l'inefficacité, ne recourant à l'intervention chirurgicale que quand les complications sont devenues menaçantes, c'est-à-dire quand la femme est déjà morte ou définitivement empoisonnée et vouée à la mort.

Nous avons dit que la sécurité diminue en raison directe de la **ré**tention. Cette affirmation, fondée sur l'observation clinique, pourrait, à la rigueur, se passer de démonstration ; celle-ci est d'ailleurs facile.

La rétention placentaire exposa la femme à deux ordres d'accidents : des accidents immédiats et des accidents tardifs. Les accidents immédiats sont l'hémorragie et la septicémie. De l'hémorragie, l'accoucheur qui pratique l'expectation n'est jamais le maître ; elle peut survenir inopinément, assez abondante d'emblée pour compromettre irrémédiablement les jours de la malade, ou bien elle se répète fréquemment et ces petites hémorragies, quoique peu abondantes, chacune considérée à part, sont peut-être plus dangereuses encore parce qu'elles n'apportent pas d'indication urgente, on laisse ainsi l'anémie s'installer chez la femme ; celle-ci devient une proie facile pour la septicémie qui survient alors avant ou après une opération décidée et pratiquée trop tardivement, déjà très grave, par conséquent, par le seul fait du choc. Dans une des deux observations que nous avons citées précédemment et où la rétention durait depuis 33 jours, l'auteur déclare que la malade avait été épuisée par des pertes de sang abondantes. Il eût été, semble-t-il, plus clinique d'intervenir dès le début de l'hémorragie ou même de ne pas donner à cette dernière le temps de se produire.

Dans une de nos observations, la femme avait expulsé son fœtus en ville ; une quinzaine de jours auparavant, elle avait eu, chez elle, consécutivement, des hémorragies et de la fièvre : à son entrée à la clinique, on prescrivit des toilettes vulvaires et des irrigations vaginales antiseptiques ; la fièvre avait disparu ainsi que l'odeur de l'écoulement, mais l'hémorragie persistait, quoique légère et intermittente. M. le professeur Grynfeldt s'en tint à l'expectation antiseptique pendant trois jours, du 7 janvier, date de l'entrée de la femme à la clinique, au

11 janvier. Dans la matinée de ce dernier jour, à l'issue de la visite, il décida et pratiqua le curettage avec un succès complet d'ailleurs. Cette observation que nous venons de résumer et qui est reproduite plus loin *in extenso* nous paraît être un cas typique et très démonstratif au point de vue de la thèse que nous soutenons.

Mieux que l'hémorragie, et même à coup sûr, théoriquement du moins, la septicémie peut être empêchée. Mais il faut, pour cela, des conditions tout à fait spéciales qui ne peuvent être réalisées que dans les services hospitaliers. Dans la clientèle civile, cette garantie est tout à fait illusoire dans la grande majorité des cas. Le médecin ne peut que très rarement faire lui-même les toilettes et irrigations; il doit les abandonner, le plus souvent, à des gens qui, ne possédant pas la notion scientifique de l'antisepsie, sont incapables de la réaliser. L'infection n'est alors qu'une question d'heures; dans la clientèle moyenne et pauvre, à la campagne, elle survient fatalement et rapidement. Entre les mains des personnes non compétentes, et même d'un grand nombre de sages-femmes, les injections vaginales constituent une arme très dangereuse, qui donne des résultats tout à fait opposés à ceux qu'on en attend.

On peut donc dire, sans exagération, que la femme, tant qu'elle n'est pas débarrassée de son placenta, se trouve en imminence d'hémorragie et de septicémie. L'imminence de ce double danger nous paraît constituer une indication suffisante de l'intervention opératoire, mais, et c'est ici qu'est le point délicat, cause et objet de toutes les discussions, il est très difficile de déterminer à quel moment précis il faut intervenir. Il y a lieu de distinguer plusieurs cas.

Si une hémorragie survient de bonne heure, même légère et sans fièvre ni odeur de l'écoulement, il faut intervenir le plus tôt possible, parce que l'hémorragie, si on la laisse se pro-

longer, anémie la femme et l'expose à l'infection. On fera donc le curettage et on se servira de la curette mousse.

D'autres fois, l'hémorragie ne survient pas, mais la température étant prise régulièrement matin et soir, on constate une tendance marquée à l'hyperthermie, tandis que l'odeur de l'écoulement commence, de son côté, à devenir suspecte. Dans ce cas, qu'il y ait ou non odeur de l'écoulement (l'odeur, en effet, n'est pas un phénomène constant même dans la septicémie déclarée), il faut intervenir par le curettage et la curette tranchante. Réciproquement, la fièvre peut manquer dans certains cas d'empoisonnement et alors l'odeur seule impose la même intervention.

D'autres fois, enfin, la rétention se prolongeant pendant un temps très long, on n'observe ni hémorragie, ni septicémie; cette situation peut durer plusieurs semaines et plusieurs mois. Ici les partisans de l'expectation antiseptique paraissent triompher, mais, en réalité, ce triomphe n'est qu'apparent. A défaut d'hémorragie et de septicémie immédiates, il est d'autres accidents, accidents tardifs, qui guettent la femme et pourront compromettre peut-être à jamais son avenir génital. Nous avons énuméré avec détails, dans notre précédent chapitre, ces divers phénomènes pathologiques et nous ne pouvons que renvoyer à ce que nous avons déjà dit. Le professeur Tarnier, prévoyant cette objection, la résout de la façon suivante : « Il est vrai, dit-il, que les adversaires de l'expectation pourraient tirer de ces faits un argument en faveur de l'intervention hâtive et dire qu'on s'expose ainsi à la formation de polypes placentaires, mais je réponds d'avance qu'une rétention placentaire aussi prolongée est exceptionnelle et que, dans la plupart des cas de rétention, le placenta est spontanément expulsé au bout de quelques jours ».

Si le déciduome malin est en effet rare, si le déciduome

bénin est lui-même peu fréquent, bien qu'il soit souvent confondu avec l'endométrite hémorragique dont il revêt le plus souvent l'appareil symptomatique, peut-on en dire autant de l'endométrite déciduale et de la métrite parenchymateuse. On peut dire avec raison que l'avortement se partage, avec l'infection blennorragique, à peu près toute l'étiologie des métrites. Et ce n'est pas tous les avortements en bloc qu'il faut incriminer, mais à peu près uniquement ces avortements, presque tous survenant aux 3^e ou 4^e mois, qui traînent en longueur, qui donnent lieu à une rétention placentaire indéfiniment prolongée. Même quand le placenta sort, il sort incomplètement par parcelles, et l'on peut dire que dans ces cas la délivrance n'est jamais complète. La présence d'un corps étranger dans la matrice entretient l'état de congestion de l'organe, autour de lui les éléments cellulaires de la muqueuse prolifèrent, il n'en faut pas tant pour qu'une métrite se constitue, et l'on sait quelles sont les conséquences déplorable de cette affection, sans compter que le débris placentaire peut lui-même se transformer en déciduome.

La métrite post-abortive n'est donc pas un phénomène négligeable ; elle mérite, avec les autres conséquences plus rares d'être sérieusement prise en considération et l'on ne saurait trop faire pour les conjurer. Le meilleur moyen pour cela est évidemment le curettage. Celui-ci permet d'obtenir une délivrance complète et rapide, et, en réalisant chez la femme les mêmes conditions qu'après la délivrance à terme, la met à l'abri des accidents tardifs.

Mais à quel moment pratiquer le curettage quand il n'y a d'autre indication à cet acte opératoire que la longue durée de la rétention ? A défaut d'indication plus précise, on peut accepter la suivante qui laisse à l'initiative individuelle et au sens clinique de l'opération une grande latitude. Lorsque le placenta est décidément retenu dans l'utérus, l'exploration

digitale permettant de constater qu'il n'a pas de tendance à s'engager et à descendre, que le col est fermé, si l'on est convaincu que l'avortement ne se liquidera pas dans les limites qui permettent l'expectation, si, en un mot, on juge que l'expulsion est ratée, suivant l'expression de Doléris, et se trouve reportée fatalement à un terme aléatoire, il y a lieu alors de poser nettement la question opératoire.

En résumé si, revenant un peu en arrière, nous embrassons d'un coup d'œil synthétique l'ensemble de cette discussion, nous constatons que, depuis l'année 1886, et grâce aux efforts des accoucheurs chirurgiens, le traitement de la rétention placentaire est entré dans une voie toute nouvelle. En adoptant le principe de l'infection et de l'antisepsie, il fallait aussi adopter toutes ses conséquences. Les chirurgiens n'ont pas hésité, ils ont abordé des opérations comme fatalement vouées à l'insuccès, et ils n'ont pas été déçus. Ce qu'on pouvait au début considérer pour de la témérité était tout simplement de la logique. La question des opérations obstétricales et du curettage puerpéral en particulier, ne pouvait manquer de subir le contre-coup des mêmes idées, malgré la résistance des accoucheurs, dont le tempérament n'était pas assez chirurgical. Le curettage devait, dès le début de ce mouvement, être considéré comme le procédé de l'avenir en fait de thérapeutique post-arbortive, le champ de ses indications s'est de plus en plus étendu, et aujourd'hui il est couramment pratiqué, même en France, où les partisans de l'ancienne méthode de l'expectation sont restés le plus nombreux. Mais, et nous répétons en terminant ce par quoi nous avons commencé, si l'on fait aujourd'hui la part bien plus large au curettage, l'expectation armée antiseptique, méthode, elle aussi, toute nouvelle, a ses indications. Il ne faut pas voir là deux méthodes à opposer systématiquement l'une à l'autre, mais seulement deux procédés, conséquence nécessaire et logique de la doctrine de l'infection et de l'antisepsie.

RÉSULTATS ET OBSERVATIONS

Observation I (Inédite)

(Clinique obstétric. de Montpellier)

Avortement à 3 mois 1/2. — Injections. — Guérison.

M^{me} V..., 24 ans, 2-pare, demeurant à Montpellier, pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels.

1^{re} grossesse à 20 ans, normale, accouchement à terme.

Cette femme, d'après les renseignements, était au 3^e mois de sa grossesse lorsque le samedi 2 février, se trouvant à table le soir, elle fut prise de coliques intermittentes de plus en plus fréquentes et intenses. Ces coliques s'accompagnèrent bientôt d'hémorragie. Pendant la journée du dimanche, les coliques continuèrent sans interruption ainsi que l'hémorragie qui devint de plus en plus abondante.

Le lundi 4 février, même état. Le D^r Lavèrgne, appelé, trouve la femme inondée de sang, le vagin plein de caillots, le col béant, l'œuf non engagé.

Irrigations vaginales très chaudes au phénosalyl.

La femme est amenée à la clinique le lendemain matin mardi.

5 février. La perte est maintenant moins abondante, le col largement ouvert, et dans son orifice le placenta engagé est facilement accessible. Pas de fièvre. Injections vaginales antiseptiques, chaudes, trois fois par jour.

Mercredi 6, jeudi 7 et vendredi 8, même état, suintement négligeable : pas de fièvre.

Dimanche soir 10 février, perte assez abondante, survenue brusquement et au cours de laquelle le placenta est expulsé spontanément avec quelques coliques. Ce placenta pesait 25 gr.

Le col s'est refermé progressivement. On n'a plus observé d'écoulement sanguin. La femme est restée apyrétique et n'a plus présenté aucun accident. Elle quitte la clinique le 13 février, très bien portante.

Observation II (Inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Puech)

Avortement à 2 mois et demi. — Rétention du délivre. — Expulsion spontanée le 3^e jour

B... Maria, 23 ans, couturière, domiciliée à Montpellier, est sujette à des bronchites. Mère tuberculeuse.

En janvier 1892, suppression des règles. Après deux absences menstruelles, B... prend plusieurs infusions de feuilles d'absinthe ; peu après, hémorragie assez forte avec expulsion de caillots (avortement ?).

En avril 1892, menstruation anormale terminée le 15. La menstruation ayant manqué au mois de mai, nouvelle absorption de l'infusion de feuilles d'absinthe, qui, cette fois, ne donne d'autre résultat que de procurer des douleurs gastriques.

Dans la soirée du 27 juin 1892, sans cause appréciable, douleurs du ventre, puis expulsion d'un caillot avec un embryon de 2 mois 1/2, qui est recueilli.

Le 28, M. Puech constate un engagement du placenta à

travers l'orifice externe du col. Il existe un peu d'écoulement sanguin.

Ventre souple, un peu endolori. Pas de fièvre.

Cinq injections chaudes au sublimé (1/4000). Ouate phéniquée sur la vulve.

29. Perte très légère. Pas d'odeur. Le placenta est en grande partie dans le vagin.

Même traitement.

30. On trouve à la visite du matin le placenta complètement détaché et tombé dans le vagin. Avec deux doigts, M. Puech procède facilement à son extraction. Il ne présente pas la moindre trace de putréfaction.

Le 2 juillet, gingivite mercurielle et coliques intestinales avec diarrhée.

Je substitue le permanganate de potasse au sublimé.

Depuis, suites très régulières. La malade se lève le 10.

Observation III (Inédite)

(Communiquée par M. le Dr Puech)

Avortement à 2 mois et demi. — Rétention du délivre. — Hémorragie, tamponnement. Expulsion spontanée. — Le 3^e jour, guérison.

Le 4 août 1892, on vient me chercher à 11 heures du soir, de la part de mon excellent et regretté maître le Dr Battle, pour une de ses clientes, M^{me} Ch....., domiciliée rue du Bayle.

Quatre grossesses antérieures, toutes terminées à terme par la naissance d'enfants vivants; la première remonte à 1874, la dernière date de 6 ans. — Santé habituelle bonne.

Dernières règles les 15-17 mai 1892.

Le 4 août, course assez fatigante dans une voiture mal

suspendue. Le soir, à 6 heures, en rentrant chez elle, M^m Ch... ressent des douleurs dans les reins et le bas-ventre; à 9 heures et demie du soir, elle commence à perdre assez abondamment.

Quand je la vis deux heures plus tard, je la trouvai littéralement baignée dans le sang. Faiblesse et pâleur extrêmes; syncope après mon arrivée. Par le toucher vaginal je sens l'orifice externe du col ouvert et à travers, faisant saillie, une petite portion de l'œuf. Il me fut impossible de découvrir l'embryon parmi les caillots expulsés: on me dit qu'on avait jeté, avant ma venue, un certain nombre de ces derniers.

N'ayant pas d'eau chaude à ma disposition, je fis le tamponnement du vagin avec de la ouate salolée, après l'avoir débarrassé des caillots à l'aide d'une injection phéniquée.

Rhum, thé. Le poulx se relève un peu, l'hémorragie semble bien arrêtée.

Le 5, à 9 heures et demie du matin, le tampon est enlevé. Plus d'hémorragie, le délivre tarde de plus en plus à sortir de l'utérus. Cathétérisme vésical. On ne remet plus de tampon. Trois grandes injections vaginales avec de l'eau phéniquée chaude sont faites dans la journée.

Le 6, apyrexie: pas d'odeur.

Le 7 au matin, les annexes ovulaires sont expulsées spontanément. Apyrexie, toujours injection phéniquée. Le 8, journée bonne.

Le 9, la malade est prise subitement, à 8 h. du matin, d'une douleur vive dans le ventre. Celui-ci est légèrement ballonné.

Pas d'envie de vomir. Poulx à 80. Température à 38°5; écoulement utérin insignifiant, sans odeur.

Comme il n'y a pas eu de selle depuis l'avortement, on administre un lavement huileux qui amène une abondante évacuation.

Le soir, la malade se déclare bien mieux.

Le 10, température 37°,2 — 37°,3 ; pouls, 76 ; ventre souple, presque douloureux.

Les suites ont, dès lors, évolué sans le moindre incident.

Observation IV (Inédite)

(Communiquée par M. le professeur agrégé Puech)

Avortement à 3 mois. — Réention du délivre. — Expulsion spontanée le 6^e jour

Le mercredi 18 décembre 1895, à 8 heures du soir, le docteur Roche, alors étudiant en médecine, qui remplaçait à Pignan mon excellent confrère le docteur Castan, m'appelle auprès d'une personne de cette localité.

Agée de 36 ans et mère de trois enfants, cette femme a expulsé, la veille au soir, un embryon de 3 mois, et depuis perd du sang. Dans l'après-midi du 18, elle a trois syncopes à 11 heures du matin. M. Roche a fait un tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. Après avoir préparé une solution très chaude de phénosalyl, je mis la femme en travers du lit et retirai le tampon assez lâche qui était dans le vagin. Le toucher me permit de sentir le placenta en partie engagé dans le col. Comme du sang s'écoulait par les organes génitaux, je fis passer dans le vagin cinq litres de la solution chaude et antiseptique. L'hémorragie s'arrêta complètement.

Le tamponnement ne fut point remplacé. Il fut seulement convenu avec M. Roche que si l'hémorragie se reproduisait ou s'il y avait une élévation de température et si les écoulements génitaux prenaient de l'odeur, nous procèderions à l'évacuation de l'utérus ; en attendant, et pour parer à la

production de l'une ou l'autre de ces complications, on devait pratiquer quatre fois par jour des irrigations vaginales chaudes et antiseptiques. La femme étant très faible par suite de la perte de sang, on prescrivit un régime tonique et reconstituant.

Quelques jours après, j'apprenais par M. Roche que l'hémorragie ne s'était pas reproduite et que les suites de l'avortement avaient été absolument apyrétiques. Mais le délivre ne fut expulsé que le dimanche suivant 27, le 6^e jour après le début de l'avortement.

Observation V (Inédite)

(Communiquée par M. le Dr Puech)

Avortement à 4 mois. — Rétention du délivre. — Hémorragie. — Curage digital. — Guérison

M^{me} R..., 26 ans, domiciliée à Pignan, a eu une première grossesse terminée à 8 mois par la naissance d'un enfant qui vécut quelques jours, et, depuis lors, deux autres accouchements prématurés, l'un à 7 mois, l'autre à 6 mois et demi. Syphilis? albuminurie?

Le lundi 15 mai, à 8 heures du soir, elle ressent quelques douleurs de reins, presque aussitôt se met à perdre du sang abondamment. A 10 heures, expulsion d'un fœtus de 4 mois. Le Dr Castan pratique des injections vaginales chaudes au phénosalyl, qui modèrent un peu la perte; mais celle-ci reprend pour peu qu'on cesse l'irrigation et l'état général tend à devenir mauvais.

Le 16 mai, à 7 h. 1/2 matin, 9 heures après l'expulsion de l'embryon, M. Puech est appelé auprès de la malade. Anémie profonde, pâleur des téguments, pouls à 120, température normale, ventre souple, non douloureux. Il s'écoule

toujours un peu de sang par les organes génitaux. Par le toucher on trouve, faisant saillie dans le vagin, une bonne portion du placenta. En raison de l'hémorragie, M. Puech se décide à pratiquer l'extraction immédiate du délivre.

La femme mise doucement en travers du lit, on pratique une abondante injection vaginale chaude au phénosalyl. Puis, la main droite étant introduite dans le vagin, on pénètre, avec deux doigts, dans l'utérus, derrière le placenta, de manière à l'entraîner tout entier. On arriva ainsi à en extraire la plus grande partie. A deux autres reprises, l'index est envoyé dans la cavité utérine et, agissant comme une curette, il détache et ramène deux morceaux de placenta. L'évacuation de l'utérus paraît complète.

On fait une injection utérine suivie d'une injection vaginale. Pansement antiseptique de la vulve.

Alcool à hautes doses. Régime tonique et reconstituant.

Des injections antiseptiques ont été pratiquées trois fois par jour, puis deux fois pendant quelque temps.

Suites de couches absolument apyrétiques.

En raison de l'état d'anémie causé par la perte, la malade a été assez longue à se remettre.

Elle est à l'heure actuelle complètement rétablie.

Observation VI

(du D^r Puech, *Presse médicale*, 4 août 1891). — Résumée
Rétention de 6 mois 1½ après avortement. — Curettage. — Guérison

M. X..., 29 ans, 3-pare. Au commencement de novembre 1893, a des douleurs dans les reins et le ventre, perte sanguine peu abondante (plusieurs syncopes, 21 par jour).

M. le Professeur Grynfeldt trouva l'œuf en partie engagé

au col. Injections antiseptiques. Disparition des douleurs. Le lendemain, l'œuf était moins accessible. Repos au lit 15 jours, la malade paraissait guérie.

6 mois après, le 1^{er} mai 1874, hémorragie abondante toute la nuit et ne s'arrêtant que le lendemain.

3 mai. Nouvelle hémorragie jusqu'au 4 au soir, expulsion de quelques caillots.

5. Douleurs et écoulement sanguin.

6. Douleurs plus fortes.

Le 7, utérus un peu haut, augmenté de volume, l'orifice externe du col est ouvert au-dessus de l'orifice interne, une portion d'œuf décollée. Bien que des injections vaginales antiseptiques eussent été pratiquées, il y avait putréfaction, malgré que la température ne fût qu'à 37° et le pouls à 88 et 92.

«En raison de l'insuccès des injections antiseptiques», curettage ramenant un placenta fort odorant et des débris divers. Hémorragie peu abondante. Badigeonnage de la cavité utérine au chlorure de zinc. Tamponnement du vagin. L'embryon fut impossible à découvrir. Suites heureuses sans hémorragie. La malade, revue, est tout à fait en bonne santé.

Observation VII (Inédite)

(Clinique obstétricale de Montpellier)

Avortement à 3 mois et demi. — Curettage. — Guérison

La nommée M. M. . . , 30 ans, mariée, 5-pare, entre, le 6 juillet 1896, à la clinique. Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels qui méritent d'être signalés. Ses quatre accouchements antérieurs ont été normaux, à terme ;

tous ses enfants sont encore vivants et bien portants. Dernières règles au commencement d'avril. La femme prétend être enceinte de 3 mois et demi et, jusqu'au lundi 6 juillet dernier, la grossesse avait évolué d'une façon normale, sans accident.

Le lundi soir 6 juillet, à 6 heures, elle éprouve subitement des douleurs dans le ventre : douleurs intermittentes, de plus en plus rapprochées, présentant tous les caractères de la contraction utérine, dont l'interrogatoire n'a pas permis de découvrir l'origine. Des lavements laudanisés furent donnés sans succès par la sage-femme appelée. Vers minuit, les contractions utérines continuant toujours, l'hémorragie se déclare : hémorragie peu abondante, mais continue.

Cette hémorragie se poursuit avec les mêmes caractères jusques vers 2 heures du matin. C'est à cette heure qu'on me fit appeler (D^r Lavergne), et je prescrivis des injections antiseptiques très chaudes qui modérèrent l'écoulement sans le supprimer complètement. Dans ces conditions, étant donné l'installation défectueuse de la malade, qui ne permettait pas un traitement rationnel, je la fis transporter à la clinique, après un tamponnement vaginal.

A ce moment là le col était encore fermé, l'œuf n'était pas accessible au doigt dans la cavité cervicale. Le lendemain 7 juillet, à la visite, on enlève le tampon derrière lequel s'était amassé une petite quantité de sang. Le col est maintenant un peu ouvert et, soit au toucher, soit au spéculum, on constate que l'œuf commence à s'engager et devient accessible. L'hémorragie ne se reproduit pas, à peine constate-t-on un léger suintement sanguin.

Du 7 au 11 juillet, la situation reste la même : pas d'hémorragie, pas d'hypothermie ; le traitement se borne au re-

pos absolu au lit, à des injections vaginales antiseptiques chaudes.

Le 11 au soir, la température monte à 39°,2, en même temps que la malade éprouve plusieurs petits frissons.

12 juillet. Matin, T. 38°,8 ; le soir, T. 40° ; fétidité vaginale.

13 juillet. T. 38°,2. Le curettage est décidé et pratiqué immédiatement : anesthésie au chloroforme technique ordinaire ; la curette tranchante ramène l'œuf par débris, évacuvonnage avec teinture d'iode créosotée. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Le soir, T. 38°,4.

14 juillet, matin, T. 38° ; soir, 38°,2.

Le 18, apyrexie complète.

A partir de ce moment, la température ne remonte plus, la femme va très bien. Elle quitte la clinique le 18 juillet, c'est-à-dire cinq jours après le curettage.

Observation VIII (Inédite)

(Clinique obstétricale de Montpellier)

Avortement à 3 mois. — Curettage. — Guérison.

M^{me} T..., 5-pare, 28 ans, demeurant à Montpellier, entrée le 7 janvier 1896 à la clinique d'accouchement. Réglée à 15 ans, bien réglée depuis, ses quatre grossesses antérieures ont été normales : elle a toujours accouché à terme facilement, dans de bonnes conditions, sauf une application de forceps qui fut nécessaire au moment de son premier accouchement.

Le 23 décembre dernier (1895), se trouvant enceinte de trois mois environ, avortement sans cause apparente, ayant débuté par une hémorragie abondante. Cette hémorragie

n'avait pas été précédée par des douleurs abdominales. Celles-ci ne sont survenues qu'après, et l'hémorragie a continué jusqu'au moment où la malade entre à la clinique. Pendant ces quinze jours écoulés entre le début des accidents et l'entrée de la femme à la clinique, on a observé des signes non douteux d'infection : frisson, fièvre, odeur fétide de l'écoulement vaginal. Le traitement prescrit par le médecin a consisté en injections vaginales chaudes et quinine.

Au moment du premier examen, la femme perd du sang abondamment. Cette perte est fétide, mais pas de fièvre. Immédiatement on fait une toilette vaginale antiseptique rigoureuse et on prescrit des injections vaginales chaudes.

Le 8 janvier, rien.

Le 9 janvier, la femme perd toujours du sang. A l'examen direct, on constate l'engagement, dans le col, d'une petite masse de la grosseur d'une noix, qui n'est autre chose que le placenta engagé; toujours pas de fièvre, pas de fétidité de l'écoulement.

Le 10 janvier, pas de fièvre, pas de douleur; seulement un peu d'hémorragie très légère; même état local que la veille. En raison de ce fait que le placenta est engagé dans le col et probablement complètement décollé. M. le professeur Grynfeldt, espérant provoquer son expulsion complète, prescrit une potion avec 2 gr. d'ergotine.

Le 11 janvier, le placenta non seulement n'a pas été expulsé, mais même paraît un peu moins engagé que la veille; sous l'influence de l'ergotine, l'ouverture du col s'est un peu resserrée. Toujours pas de fièvre. Devant ce résultat on recourt immédiatement au curettage. Anesthésie au chloroforme, la curette tranchante amène tous les débris

placentaires; écouvillonnage à la teinture d'iode créosotée et tamponnement consécutif intra-utérin et vaginal.

Le 12 janvier, apyrexie, état très bon.

Le 13 janvier, apyrexie ; on enlève le tampon ; irrigation intra-utérine au sublimé ; on prescrit matin et soir une irrigation vaginale antiseptique. A partir de ce moment la femme va très bien, elle quitte la clinique le 25 juillet parfaitement guérie, c'est-à-dire 14 jours après le curetage.

Observation IX (Inédite)

(Communiquée par M. le Dr Puech)

Avortement à 3 mois. Rétention du délivre. Début de putréfaction. Curetage.
Guérison

M. Th..., 23 ans. Une première grossesse, il y a 18 mois, terminée un peu avant terme par la naissance d'un enfant vivant. Est actuellement enceinte de trois mois environ.

Le 5 août 1895, dans la soirée, douleurs dans le bas-ventre et les reins ; dans la nuit, hémorragie assez abondante, quelques caillots dans le vagin. Orifice du col peu ouvert, coliques utérines à longs intervalles. Pouls très bon. Apyrexie. Injection vaginale chaude au sublimé, à 0,50 pour 1000, après toilette des organes génitaux externes.

Le 7, la malade a encore expulsé quelques caillots ; écoulement sanguin insignifiant. Les douleurs utérines se produisent de temps en temps. Pouls excellent, apyrexie.

L'orifice du col, plus ouvert que la veille, permet d'arriver sur le placenta qui commence à s'y engager.

Injections vaginales. Alimentation.

Le 8, le placenta s'engage de plus en plus à travers le col ; il n'est fait aucune tentative pour hâter sa sortie. Suintement sanguin insignifiant. Pas d'odeur. Par moments, con-

tractions utérines séparées par de longues périodes d'accalmie. Etat général excellent.

Le 9, le délivre semble ne plus tenir à l'utérus que par un étroit pédicule, et son expulsion spontanée paraît imminente. Plus d'écoulement sanguin. Toujours apyrexie.

Le 10, pouls un peu fréquent. Temp. 37°,6.

Même état du délivre, mais il y a en plus de l'odeur. Après avoir fait placer la malade en travers du lit, j'introduisis deux doigts dans le col pour extraire le placenta. Celui-ci est enlevé en grande partie, mais je sens qu'il reste encore dans l'utérus une portion du délivre que je ne puis extraire avec le doigt. Je propose le curettage. Dans l'après-midi, temp. 38°,7.

Le 11, curettage. La grande curette de Wallich introduite après dilatation et lavage de l'utérus ramène de nombreux débris de placenta et de membranes. Abrasion de la muqueuse avec la curette tranchante. Abondante injection de l'utérus. Ecouvillonnage avec de la ouate imbibée d'une solution au 1/10 de chlorure de zinc.

Une mèche de gaze trempée dans du naphthol camphré est mise dans l'utérus. Le vagin est tamponné avec de la gaze iodoformée.

Soir, temp. 37°,2.

Le 12, apyrexie. Pas de douleur, ventre souple. La femme demande à manger.

Le 13, ablation du tampon utérin et vaginal. Lavage intra-utérin.

Depuis lors, injections vaginales trois fois par jour. Suites parfaites.

Observation X(Inédite)

(Communiquée par M. le Dr Puech)

Avortement à 3 mois et demi. — Rétention du délivre. — Infection. —
Curettage. — Guérison

Le 23 juin de cette année, on vient me chercher, à 6 heures et demie du soir, pour une femme demeurant dans la rue du Palais et qui, me dit-on, perdait son sang en grande abondance. Cette femme, âgée de 32 ans, mère de trois enfants, est enceinte pour la quatrième fois. Le début de la dernière grossesse, jusque-là normale, remonte à trois mois et demi.

Très nerveuse, la femme déclare avoir éprouvé, deux jours auparavant, une émotion très violente (sous ses yeux, un omnibus, marchant à allure rapide, a renversé un jeune enfant qui jouait sur la voie publique). Dans la matinée du 23, ressentant quelques douleurs de reins, elle fait appeler la sage-femme qui l'avait assistée dans ses couches antérieures ; mais, sur l'assurance de cette dernière qu'il n'y avait rien d'anormal, elle quitta le lit et vaqua à ses occupations. Dans l'après-midi, perte sanguine d'abord légère, devenant ensuite de plus en plus abondante et, finalement, expulsion de gros caillots. C'est alors qu'en l'absence de la sage-femme, je suis appelé à voir la malade.

Les organes génitaux externes et le vagin sont encombrés de caillots sanguins ; au milieu d'eux on trouve un embryon de trois mois et demi environ, encore attaché au cordon ombilical. A travers l'orifice du col se sent engagée une portion du placenta, que le doigt peut facilement circonscrire. L'hémorragie est maintenant peu abondante. L'état général et le pouls en particulier sont excellents.

Avec l'aide de la sage-femme, qui était arrivée pendant mon examen, je procède à la toilette, plus que nécessaire dans le cas présent, des organes génitaux externes, du bas-ventre et de la face interne des cuisses, et après avoir détaché l'embryon et enlevé les caillots sanguins, je fis passer dans le vagin trois litres d'eau phéniquée très chaude. L'hémorragie est arrêtée.

Ouate hygroscopique sur la vulve.

En remettant sa cliente à la sage-femme, je lui recommandai : 1° de ne point pratiquer de tentatives d'extraction du placenta encore retenu dans l'utérus ; 2° de faire au moins trois fois par jour des irrigations vaginales chaudes et antiseptiques et des lavages intérieurs toutes les deux heures.

Ces recommandations furent-elles bien rigoureusement suivies ? le 26, à 2 heures de l'après-midi, la malade se plaint de chaleur et se montre très énervée. A 5 heures, quand je la vois, je trouve la peau chaude, le pouls rapide (120), et le thermomètre marque 39°,6. Le ventre est souple, non douloureux. Ecoulement génital un peu odorant.

Par le toucher, j'arrive sur le délivre, mais la portion accessible est moins considérable que le premier jour : on me raconta que la sage-femme avait, la veille et le matin même, retiré avec le doigt trois petits morceaux et annoncé que la délivrance était maintenant complète.

Avec le doigt, on tente la délivrance artificielle, mais celle-ci ayant échoué, je déclare qu'il faut pratiquer un curettage, et que je viendrai l'opérer le soir même à 8 heures et demie.

Quand je me présentai, le soir, à l'heure dite, la malade, influencée par un entourage absolument inintelligent, refuse toute intervention ; il ne me restait plus qu'à me retirer.

Le 26, l'état général, bon jusque-là, commence à devenir

mauvais, et le 27, à 10 heures du soir, j'étais instamment prié par mon excellent confrère le docteur B...., qui avait été appelé auprès de la malade, après ma retraite, de vouloir bien l'aider à tirer d'affaire cette malheureuse, dont la situation lui paraissait des plus graves,

Effectivement, je pus constater que depuis 50 heures les choses avaient absolument changé. Pouls à 136, petit, presque filiforme, temp. 40°8. Ventre complètement ballonné, douloureux à sa partie inférieure surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. Vomissements bilieux; diarrhée abondante et fétide. Des organes génitaux s'écoule un liquide séro-sanguinolent, à odeur infecte qui « m'empoisonne moi-même », déclare la malade.

Nous décidons que le curettage, cette fois bien accepté par la femme qui se dit perdue, sera pratiqué le lendemain matin. Prescription : quinine, 1,20 ; opium, 0,05 ; vin blanc et eau de seltz glacée.

Dans la nuit et dans la matinée du 28, vomissements verts. Le 28, à 9 h., je pratique le curettage avec l'antisepsie la plus rigoureuse ; ablation de plusieurs gros morceaux de placenta avec la grande curette de Wallich, puis raclage des petits débris placentaires et de la muqueuse avec la curette tranchante. Grand lavage (4 litres) intra-utérin au sublimé. Ecouvillonnage au naphtol camphré. Tamponnement intra-utérin avec une longue mèche de gaze iodoformée trempée dans le naphtol camphré. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

L'intervention a été faite sans anesthésie.

Prescriptions : bouillon, lait, eau de Janos par petites gorgées toutes les deux heures.

Soir : T. 37°,3. Ventre ballonné mais non douloureux, a reposé une heure.

29. T. 36°1, 37°8. P. 100.

Nuit bonne, évacuation alvine, abondante, le ventre est bien moins tendu. Pas la moindre douleur, la malade demande à manger, bouillon, œufs. L'eau de Janos est supprimée à partir de 5 h. du soir. Cachets de benzonaphtol et de salicylate de bismuth.

3° Apyrexie complète ; 2 selles seulement dans la journée.

1^{er} juillet, apyrexie.

Pansement.— Le tampon vaginal et la mèche de gaze iodoformée sont retirés. On fait passer dans l'utérus 5 litres d'eau bouillie et sublimée à 0,50 par litre. Une mèche de gaze imbibée de naphthol camphré est enfoncée dans la cavité utérine ; gaze iodoformée dans le vagin.

Le ventre est souple et plat. Pas la moindre douleur, ni spontanément, ni à la pression.

Potage, côtelette.

Le 2, apyrexie ; 2 selles seulement.

Le 3, pansement ; suppression du tamponnement ; injections intra-utérines.

Matin et soir : injection vaginale au sublimé à 1/5000.

Le 7, la malade est en pleine guérison.

Observation XI

(Du Dr OUI). — Résumée

Avortement à 3 mois. Curettage. Guérison

Le 6 juillet 1892, j'examine une multipare qui, 4 jours auparavant, a fait un avortement de trois mois. Le doigt arrive sur le placenta en partie décollé. Putréfaction. La

température axillaire est à 38°. Injection vaginale, puis utérine, qui ne peut décoller le placenta, le doigt ne peut non plus.

La malade entre à l'hôpital le 12 juillet. Dilatation du col par la laminaire. Anesthésie chloroformique. Le doigt ne peut encore finir le décollement. Curettage avec curette en boucle tranchante (de temps en temps, je m'assure avec le doigt du travail accompli par l'instrument). Ecouvillonnage avec glycérine créosotée à 30 pour 100 et tamponnement intra-utérin.

Le soir, temp. 40°.

Le lendemain, temp. 37°. Suites opératoires absolument apyrétiques. Guérison. Revue un an après.

Observation XII

(Du Dr Oui). — Résumé

Avortement 5 mois. Insuffisance des injections. Curettage. Guérison

Lucie J..., 4-pare, dernières règles le 25 septembre 1892. Entre le 22 février 1894, est donc enceinte de 5 mois environ. A eu, la nuit précédente, des contractions utérines. Le col est dilaté.

Le fœtus est expulsé, mais en tirant sur le cordon qui se rompt, le placenta reste dans l'utérus. A 4 heures du matin, hémorragies que ne peuvent arrêter les injections à 45°. Les doigts ne peuvent décoller le placenta. Introduction de ballon de Moussous, arrêt de l'hémorragie. Injections.

Le 23-24 février, le matin, temp. 39°,6.

Le lendemain, frisson violent. T. 39°,6. Malgré les injections intra-utérines, anesthésie, abaissement de l'utérus. Les doigts ne peuvent encore décoller le placenta. Curettage, grande quantité de débris.

Ecouvillonnage, glycérine créosotée et tamponnement utérin.

Le soir, légère baisse de température, 39°,2.

25 février, 37°,2 ; soir, 37°,4. Le tampon retiré, il sort un morceau de placenta qui n'avait pu être atteint. Guérison.

Observation XIII

(M. Dumont). — Résumée
Avortement. — Curettage. — Guérison.

M^{me} R..., ménagère, 37 ans, multipare.

Le 10 octobre 1893, douleurs expulsives. Le 14, abondante hémorragie jusqu'à 10 h. 1/2, utérus hypertrophié, col ramolli entr'ouvert, la femme gît littéralement dans une mare de sang, au milieu de laquelle on découvre le fœtus de 8 semaines. Pouls filiforme.

15 octobre. Injection intra-utérine, 3 litres eau phéniquée, 3 fois par jour tamponnement.

17 et 18. Température, 40° ; ballonnement du ventre, douleurs à la pression. Hémorragie recommence : autre tamponnement.

19 octobre. Dr D. fait le curettage, pas de chloroforme, curette mousse et pince de Museux. Expulsion de lambeaux de placenta sphacelés, odeur infecte, tamponnement intra-utérin.

Le lendemain, temp. 39° ; le surlendemain, 37°,5. Guérison complète.

Observation XIV

(Dr Jepson). — Résumée

M^{me} B..., 40 ans, multipare, avorte le 17 août 1880, au

4^e mois. Dix jours après, le sang jaillit d'elle comme une fontaine. Arrêt, puis reprise par intervalles.

Le 24, examinée, l'utérus est volumineux, col ouvert, corps étranger dans l'utérus, dilatation par la laminaire.

Le 25, faute d'instrument, j'improvisai une curette avec un fort fil de fer courbé en anse et limé sur le plan concave. Avec cela et l'index, je sortis le placenta sans odeur et de texture normale. L'hémorragie cessa tout de suite. Lavage solution chaude phéniquée. Guérison rapide.

Le placenta était, dans ce cas, resté 66 jours après l'avortement.

Observation XV

(Du Dr Perrin). — Résumée

I. V..., 20 ans, expulsion d'un fœtus de 5 mois, le 11 août, rétention de la caduque.

Le 13 août. T. 38° et le soir 39°, l'utérus est sensible.

Le 14 — T. 36°,6, mais le soir 38°.

Le 15 — Curettage. T. 38.

Le 16 — T. 37°. Depuis, la température est régulière. Guérison.

RÉSUMÉ. — CONCLUSIONS

I. — La rétention du placenta après l'avortement, bien que pouvant se terminer spontanément dans certains cas, entraîne souvent des accidents graves, qu'il est nécessaire de combattre.

II. — Deux conduites différentes ont été préconisées dans ce but : l'expectation ou l'intervention chirurgicale (curettage).

Il ne faut pas opposer systématiquement l'une à l'autre ces deux méthodes, mais leur reconnaître à chacune des indications précises.

III. — La conduite à tenir est en effet différente suivant que la rétention placentaire s'accompagne ou non d'accidents : hémorragie ou septicémie.

IV. — Au cas d'accidents, se comporter de la façon suivante :

<i>Hémorragie</i>	{	Moyens d'urgence :	{ Injections vaginales chaudes
			{ antiseptiques.
		Moyen de choix : Curettage digital ou à la curette mousse.	{ Tampon vaginal antiseptique

Septicémie. — Dès les premiers accidents (température et odeur), intervention d'emblée par la curette tranchante.

Hémorragie et septicémie combinées. — Même conduite que dans ce dernier cas.

V. — Si la rétention ne s'accompagne d'aucun accident : expectation (injections chaudes antiseptiques vaginales), la température étant très rigoureusement surveillée et l'accoucheur prêt à intervenir à la moindre élévation.

VI. — Même en l'absence d'accidents, si la rétention traîne en longueur, si l'accoucheur constate que le placenta n'a aucune tendance à s'engager et à franchir le col, l'intervention par le curage digital ou à la curette mousse peut être également indiquée. Mais il est difficile de déterminer l'insistant précis de l'intervention.

VII. — La femme qui avorte même sans complications immédiates se trouve, de par les conditions anatomiques de la délivrance après l'avortement, exposée à des accidents tardifs, dont quelques-uns fréquents et graves. S'il n'est pas possible encore d'émettre une opinion formelle à cet égard, il semble pourtant que le curettage précoce, en permettant de réaliser une délivrance complète et rapide, pourrait le mieux conjurer ces dangers tardifs. Mais il faudrait, pour établir les indications de ce curettage préventif, commencer par déterminer dans quels cas les accidents sont à redouter. La question est donc encore à discuter.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 25 juillet 1896.
Le Recteur,
J. GÉRARD

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 juillet 1896.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- Alberti.**— Cent. f. gynœcol, 29 septembre 1895.
- Anselme (P).**— De la délivrance incomplète dans l'avortement (th. P.) 1894.
- Armas (de).**— Essai sur la rétention du placenta, Montpellier, 1888-89.
- Audebert.**— Intervention dans la rétention placentaire après avortement (Journal de méd. de Paris, sept. 1891).
- Auvard.**— Curage et perforation de l'utérus (arch. de tocol., 19 sept. 1895.— De l'avortement fœtal et son traitement.
- Barnes.**— (Saint-Louis 1869). Discussion of treatment of retention of the placenta after abortion (N.-York, 1878), Treatment of hemorrh. in abortion (Rec. N.-Y., 1879).
- Berlin.**— Du curettage de l'utérus, sa clinique et sa valeur, Paris 1893.
- Bernay et Roland.**— Ret. du placenta, septicémie puerp., curage, écouv. (Arch. de tocol., 1891.)
- Bonifiel.**— Traité de l'avortement (Americ. Journ. of obst., janvier 1891).
- Bourgogne.**— Conduite à tenir dans la délivrance après avortement, th. de Paris, juillet 1891.
- Bouteil.**— Curettage de l'utérus (th. de Paris, juillet 1893).
- Castan.**— Curettage de l'utérus dans les rétentions placentaires (th. Paris, 1888-89).
- Catti.**— La curette et le cri utérin (Americ. Journ. of obstetric., juillet 1895).
- Caubet.**— De la rétention placentaire (Arch. de tocol., mai 1890).
- Chaleix.**— Arch. de tocol., janvier 1891.
- Chazeaux.**— Traitement des fausses couches (24 janvier 1891).
- Col.**— Rect. inject. from. expelling a retained placenta (Rud. m. Rec., Calcutta 1894).
Treat. for retained placenta.
- de Coquet.**— Curage de l'utérus pour rétention placentaire (Journ. méd. Bordeaux, 10 sept. 1894.)
- Czemplin.**— Traité de l'avortement (Berlin. Klin. Woch., nov. 1896).
- Debled.**— Contribution à l'étude du curettage de l'utérus (th. Paris, 1893-96).
- Demelin.**— Traitement de la rétention du placenta dans l'avortement aux troisième et sixième mois (Revue générale de clinique, 30 mai 1890). Curett. de l'utérus puerp. (Ann. tocol., 1895).
- Dentu.**— Essai sur une cause de rétention du placenta, Paris 1887.
- Despreaux.**— Indications du curettage de l'utérus (Paris 1887-88).

- Doléris.**— A propos du curage post-abortif (Nouvelles arch. d'obstétr., 25 octobre 1893).
- Dürhssen.**— Zur pathol. und Therap. des abortus (Arch. für gyn.
- Evers.**— Retentio placenta post-abortion (Leiden 1894.)
- Gaston (Arn.).**— Curettage de l'utérus puerp. (Bordeaux, th. 1892-93).
- Gerbaud.**— De la rétention du placenta après avortement (th. agrég. Paris, 1885-86)
- Goret.**— De la rétention prolongée de l'arrière-faix après avortement (th. Paris 1893-94).
- Gruson.**— Th. Paris 1877. Etude sur la rétention du placenta après avortement.
- Guidez.**— Traitement par le curettage de la rétention des membranes et du placenta (Lille, 1893-94).
- Hamon.**— Incarcération post-abordive du délivre à deux mois et demi (France médic., Paris 1869).
Treatment of hemorrh. in abortion (Med. rec. N.-York. 1879).
- Kasparian.**— Traitement de l'avortement (Zer. Grigor. cent. f. Gynæk. 24 octobre 1892).
- Keene.**— Usages et abus des tamponnements (N.-York. Med. Journ., 25 avril 1886).
- Mac-Lean.**— Rétention à trois mois et demi (Journ. of obstetric., janv. 1888).
Substitution de l'électricité à la curette dans les cas de rétention de délivre (juin 1886).
- Misrachi.**— Traitement de l'avortement incomplet (Arch. de tocol., août 1889).
- Mundé.**— Centralblatt für gynæk., 1878.
- Gajot.**— Rétention du placenta dans l'utérus (Arch. de tocol., février 1886).
- Pierron.**— Conduite à tenir dans le cas de rétention du délivre après avortement (th. Montpellier 1888).
- Pollak.**— Prophylaxie et traitement de l'avortement (Med. journ., 18 février 1893).
- Puech.**— Presse médicale, 4 août 1894. Rétention prolongée du placenta et des membranes après avortement.
- Reihlen.**— Traitement de la rétention placentaire (Arch. f. gynæk, xxx 1888).
- Roqueplo.**— Traitement de la rétention du placenta post-abortif par les injections intra-utérines à 45° et 50° (th. Lyon 1891-92).
- Satwich G.R.**— Treatment of abortion at the fourth or fifth month (Americ. journal of obstetric., sept. 1885).
- Smith.**— Infection from. retained placenta. Treatment (Ohio M. Rec. 1878).
- Tarnier et Budin.**— Traité d'accouchements.
- Tarnier.**— Asepsie et antiseptie en obstétrique. 1884.
- Tintelin.**— Avortement aux cinquième et sixième mois au point de vue de la délivrance.
- Torrès (Mendiola).**— Contribution à l'étude de la rétention du placenta, (Paris 1885-86).
- Touvenaint.**— Méd. moderne (21 mars 1893).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
